Die Herstellung des Aufbisses als unerläßlicher Faktor bei der Knochentransplantation in allen Teilen des Unterkiefers.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der
Zahnärztlichen Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der
Friedrich-Wilhelm-Universität
zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Dr. phil. **Eduard Lubowski**
Zahnarzt in Berlin

Tag der Promotion 26. Januar 1920.

Referent: Prof. Dr. **Williger.**

Dekan: Geh. Rat Pro. Dr. **Rubner.**

Zum Druck genehmigt
durch die
Medizinische Fakultät zu Berlin.

Alle zur Heilung von Kieferbrüchen (Schußverletzungen), in Anwendung kommenden Schienen *(Sürsen-Warnekros, Sauer, Schröder)* erfüllen ihren Zweck, wenn die Knochenverletzung im Bereiche des bezahnten Kiefers liegt. Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse jedoch, wenn ganze Zahngruppen, besonders die Backenzähne, fortgerissen sind und der darunter liegende Knochen zersplittert ist oder fehlt, so daß der unbezahnte aufsteigende Ast durch die Kaumuskulatur stark nach oben und seitlich gezogen wird. *Schröder* bedient sich in diesen Fällen zur Reposition und Fixierung der federnden Pelotte, die an dem Drahtbogen angebracht ist. *Lindemann* (die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschußverletzungen, Wiesbaden, *J. F. Bergmann*, 1917, Heft VII/VIII, S. 548 ff.) arbeitet mit der Nagel-Extension, ähnlich wie der Chirurg bei der Behandlung der Extremitätenbrüche. Eine wesentliche Vervollkommnung ist durch die „Aufbißschiene" aus Zinn, vor allen Dingen beim zahnlosen abgewichnen aufsteigenden Ast, erzielt.

In diesem Falle wird folgendermaßen verfahren. Mit etwas plastischer Abdruckmasse gewinnt man einen Abdruck von dem aufsteigenden Ast, indem man bei geöffnetem Munde die Abdruckmasse auf den Ast bringt und zusammenbeißen läßt. Diesem Abdruck des unbezahnten Teiles und des Gegenkiefers entsprechend, wird ein Positiv hergestellt, auf dem ein Kloß aus Wachs modelliert wird, der dei Kauflächen für die Artikulation mit den Zähnen des Gegenkiefers und einen Sattel für den aufsteigenden Ast besitzt. Dieser Wachskloß wird aus Zinn gegossen und an der oben beschriebenen Schiene befestigt. Der gewonnene Aufbiß wird in Zwischenräumen mit Abdruckmasse oder schwarzer Guttapercha unterlegt und dann durch Zinnaufguß ergänzt. Es gelingt auf diese Weise den aufsteigenden, abgewichenen Ast mit Hilfe des Kaudruckes der gesunden Seite zu reponieren.

Es soll gezeigt werden, daß die Herstellung des Aufbisses nicht nur für die Schienung von Kieferbrüchen von Wichtigkeit ist, sondern daß die Herstellung des Aufbisses nach der Idee von *Ganzer*, in den gegebenen Fällen von mir modifiziert oder erweitert, bei der Schienung für die Knochentransplantation geradezu ein unerläßlicher Faktor für die Transplantation in allen Teilen des Unterkiefers, besonders im zahnlosen aufsteigenden Ast ist und daß man auf diese Art in allen Fällen ohne sonstige Hilfsmittel auskommt.

Ein großer Teil der Schußverletzungen der Kiefer bedarf zu seiner Heilung bei Pseudarthrosen und Diastasen der Knochentransplantation.

Im folgenden soll gezeigt werden, wie *Ganzer* und ich verfahren sind, um diese unerläßliche absolute Wechselbeziehung zwischen prothetischer und chirurgischer Technik zu erzielen.

Die Hauptbedingung bei der Feststellung der Bruchstücke für die Knochentransplantation ist eine Immobilisierung der Bruchstücke. Die Bruchstücke sollen nicht absolut, sondern relativ festgestellt sein. Das soll heißen: sie müssen bei den chirurgischen Maßnahmen eine gewisse passive Bewegung während der Einführung des Transplantates zulassen. Im Sinne der Transplantationstechnik soll aber jede Bewegung und Zer-

rung durch Muskel- oder Narbenzug verhindert und aufgehoben werden. Im beweglichen Unterkiefer sollen nach der Operation Bruchstücke, Transplantat und Schiene funktionell ein Ganzes bilden. Diese Forderung wird nicht erfüllt durch eine absolute feste Schienung, sondern durch die beschriebene „Bißruhigstellung".

Auch hier muß derselbe Grundgedanke leitend sein, wie bei der Schienung überhaupt. Die Wiederherstellug der Kaufunktion ist auch hier das erste Gesetz.

Kurz sei noch des großen Vorteiles gedacht, der viel Erleichterung für den Verletzten und den Zahnarzt schafft, daß bei allen Behandlungen dieser Gruppe *keine* extraoralen, zahnärztlichen Verbände zur Verwendung kommen, sondern daß die intraoralen Apparate zum Ziele führen.

Es soll nun dargestellt werden, auf welche Art und Weise bei der Schienung für die von *Ganzer* ausgeführten Knochentransplantationen verfahren wird. Aus dem überaus reichen Material ist eine Anzahl von Fällen derselben Gattung als Typus mit allen den Merkmalen der Gesamtheit herausgesucht. Der klareren Uebersicht wegen sollen als Beispiele folgende Gruppen angeführt werden, in die ich mit *Ganzer* das gesamte Gebiet der Knochentransplantation einteile.

I. *Die Homonome Gruppe*, bei welcher die Behandlung den üblichen Gang geht, d. h. nach einfacher zahnärztlicher Schienung kann die Knochenplastik ausgeführt werden.

A. *Interpositionelle Plastik:*

1. Beide Bruchstücke sind bezahnt, so daß sie der Schienung brauchbaren Halt bieten.
2. Ein Bruchstück ist bezahnt und gibt der Schienung brauchbaren Halt.
3. Ein Bruchstück ist zwar bezahnt, aber so mangelhaft, daß es der Schienung nicht genügend Halt bietet.

B. *Appositionelle Plastik.* Gelenkplastik.

II. *Die Heteronome Gruppe*, bei welcher von dem üblichen Gang der zahnärztlichen Vorbehandlung abgewichen werden muß, und die einer besonderen dem Einzelfalle angepaßten Vorbehandlung bedarf.

Im folgenden werden zu diesen Gruppen eine Anzahl Fälle gebracht.

Wird die Wiederherstellung des normalen Aufbisses in der Gesamtheit der vorhandenen oder durch Ersatz einer neu gewonnenen Kaufläche als unerläßlicher Faktor der Schienung der Bruchstücke bei der Knochentransplantation in allen Teilen des Unterkiefers zu Grunde gelegt, so wird als vollkommenes Ziel erstrebt und erreicht:

1. Nicht absolute, sondern relative Feststellung der Bruchstücke mit passiver Bewegungsmöglichkeit für die chirurgischen Maßnahmen.
2. Wiederherstellung der normalen physiologischen Bedingungen und der Funktionen durch Bißruhigstellung.
3. Wiederherstellung eines normalen Cavum und Vestibulum Oris.
4. Durch Verwendung und Ausbau des Gedankens der *Ganzer*schen Aufbißschiene läßt sich jede intraorale Schienung so gestalten, daß die Knochentansplantation vorgenommen werden kann, gleichgültig, an welchem Teil des Kiefers der Defekt liegt und ob Bezahnung vorhanden ist. Die extraorale Schienung durch Nagelung usw. wird überflüssig.